



INSTRUÇÕES TÉCNICAS - DENTAL UNI



SUMÁRIO

URGÊNCIA	3
DIAGNÓSTICO	4
RADIOLOGIA	5
EXAMES DE LABORATÓRIO	7
PREVENÇÃO	7
ODONTOPEDIATRIA	8
DENTÍSTICA	10
ENDODONTIA	11
PERIODONTIA	12
PRÓTESE DENTAL	14
CIRURGIA	18
ORTODONTIA	22
TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES	23
DTM	23
IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE	23
ORTOUNIPLAN A	25
ORTOUNIPLAN B	26
ORTOUNIPLAN E	26
ORTOUNIPLAN	26

INSTRUÇÕES TÉCNICAS - DENTAL UNI

LONGEVIDADE

É a duração mínima dos procedimentos realizados pelo dentista cooperado/credenciado nos beneficiários da Dental Uni. A repetição desses procedimentos, antes do prazo de longevidade, será de responsabilidade do dentista que realizou, sem custo adicional ao beneficiário ou a Dental Uni. Se a repetição do procedimento for realizada por outro dentista (desde que haja Justificativa Clínica comprovada), a Dental Uni autorizará a repetição mas vai fazer o desconto de USO, da produção mensal do primeiro dentista, o custo do procedimento refeito durante o período de longevidade.

ODONTOGRAMA

O preenchimento do Odontograma é importante para o plano de tratamento indicado ao beneficiário e será registrada a história clínica do indivíduo. Este formulário é uma ferramenta de identificação indispensável, que permite ao cirurgião-dentista analisar procedimentos realizados e a evolução da saúde bucal do beneficiário. Portanto é necessário manter o Odontograma sempre atualizado.IMAGENS: As radiografias físicas não são aceitas pela Dental Uni. As radiografias físicas, cartas de encaminhamento, justificativa, de responsabilidade, autorização do paciente ou responsável, laudos, periogramas, entre outras documentações, devem ser anexadas via app Dental Uni, não sendo necessário o envio das mesmas para produção.

REANÁLISE DE GUIAS

Caso seja verificada divergências em guias solicitadas, a Dental Uni pode reanalisar, pedir Carta de Esclarecimento, e até fazer desconto de USO, mesmo nas guias que já passaram pela Produção. Os recursos de glosa (suspensão temporária de pagamento) são analisados pela Análise Técnica e pelo Conselho Técnico da Dental Uni.

URGÊNCIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	Foto	Dente	Único	74
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente aemostático em região bucomaxilofacial.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	Foto	Dente	Único	74
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial.	–	Foto	Dente	Único	74
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial.	–	Foto	Dente	Único	74
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporo-mandibular (ATM).	Justificativa.	Foto	Dente	Único	74
82001251	Reimplante de Dente com contenção.	–	Foto	Dente	Único	74
82001308	Remoção de dreno extraoral.	–	Foto	Dente	Único	74
82001316	Remoção de dreno intraoral.	–	Foto	Dente	Único	74
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial.	Trauma nos tecidos moles.	Foto	Dente	Único	74

82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular (ATM).	Justificativa.	Foto	Dente	Único	74
82001650	Tratamento de alveolite.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	Foto	Dente	Único	74
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos.	–	Foto	Dente	Único	74
85100048	Colagem de fragmentos dentários.	–	Foto	Dente	Único	74
85100056	Curativo de demora em endodontia.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Tratamento em odontalgia aguda (85200034).	RX Inicial	Dente	Único	74
85200034	Tratamento em odontalgia aguda.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Curativo de demora em endodontia (85100056).	Foto/RX	Dente	Único	74
85300020	Imobilização dentária em Dentes permanentes.	–	Foto	Dente	Único	74
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar tratamento periodontal (Raspagem sub-gengival, cirurgia perio- dontal a retalho).	Foto	Dente	Único	74
85300080	Tratamento de pericoronarite.	Procedimento não será autorizado para mesmo profissional que solicitar a Exodontia/Cirurgia.	Foto	Dente	Único	74
85400467	Recimentação de trabalho protético.	Mesmo dentista que solicitar a Prótese não poderá solicitar o ato de recimentação.	Foto	Dente	Único	74

OBSERVAÇÃO

1. Consulta de urgência 24hs é exclusiva para unidades de atendimento de Urgência 24hs.
2. Não será considerada consulta de urgência se o beneficiário já for paciente do profissional.

DIAGNÓSTICO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00000140	Falta não justificada.	Em caso de falta sem aviso do paciente, a Dental Uni solicita que seja utilizado o código 00000140 - Falta não justificada. Isto contribuirá para a criação de um banco de dados que nos auxiliará a refrear esta cultura. Esta ação não implicará no pagamento, a não ser que o cliente aceite realizar o pagamento deste procedimento (Conforme Código de Defesa do Consumidor).	Não	Boca	–	236
81000030	Consulta odontológica.	–	Não	Boca	06 Meses	76
81000049	Consulta odontológica de urgência.	–	Não	Boca	06 Meses	76

81000057	Consulta odontológica de urgência 24 hs.	Exclusivo para Clínicas credenciadas para Urgência 24 hs.	Não	Boca	06 Meses	165
81000065	Consulta odontológica inicial.	Deve ser utilizado apenas na primeira avaliação do beneficiário.	Não	Boca	06 Meses	76
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais (exame histopatológico).	Incluso na Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	Não	Boca	–	487
RADIOLOGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00000100	Imagem fotográfica.	–	–	Dente	06 Meses	10
81000421	RX Periapical.	–	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	Região	06 Meses	32
81000375	RX interproximal-bite-wing.	–	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	Região	06 Meses	32
81000537	Traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	61
81000308	Modelos ortodônticos.	Justificativa Clínica.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	–	86
81000383	Radiografia oclusal.	–	–	–	12 Meses	104
81000367	RX mão e punho - carpal.	Idade máxima 13 anos.	–	–	12 Meses	126
00000330	Seio frontal.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	144
00000340	Seio nasal.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	144
81000324	Radiografia antero posterior.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	157
81000430	Radiografia postero anterior.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	157
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).	Justificativa Clínica.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	12 Meses	159
81000472	Telerradiografia.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	167
	Telerradiografia frontal.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	
81000561	Radiografia lateral corpo da mandibula.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	184
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	12 Meses	193
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	219

81000340	Radiografia de ATM.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	376
	Radiografia de ATM 3 posições transcraniana.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	
	Radiografia de ATM 3 posições transfacial.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	
	Radiografia de ATM 6 posições transcraniana /transfacial.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses	
00000348	Documentação ortodôntica “E” – 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia, 1 traçado cefalométrico, 2 fotos (frente e perfil), modelo de estudo superior e inferior.	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único	482
81000294	Levantamento radiográfico	Autorizado para tratamento Periodontal.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	12 Meses	497
00000346	Documentação ortodôntica “B” – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 05 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único	660
00000345	Documentação ortodôntica “A” – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 08 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único	726
81000529	Tomografia convencional – multidirecional - maxila - especificar região.	–	–	–	12 Meses	814
81000530	Tomografia convencional – multidirecional - mandíbula - especificar região.	–	–	–	12 Meses	814
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-maxila	–	–	–	12 Meses	954
81000511	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-mandíbula	–	–	–	12 Meses	954

CRITÉRIOS

- 1. As radiografias que não estiverem nos padrões mínimos de qualidade quanto à técnica, revelação e fixação (sem corte do ápice, sobreposição de imagens, halos, sub ou super-revelação e correta fixação) não serão aceitas, podendo o procedimento ser glosado.
- 2. As radiografias anexadas devem ter a identificação do paciente, número do dente e posicionamento correto se anexados do lado errado, correlação ao ponto de referência, não serão considerados.
- 3. A cooperativa não aceita imagens modificadas, filtradas e/ou manipuladas. A adulteração deste material implicará na glosa do procedimento e na tomada das medidas cabíveis pelo setor de Auditoria Clínica da Dental Uni.
- 4. Para os casos em que for solicitada pela Dental Uni imagem fotográfica será pago o valor de uma imagem 10 USO – Codigo 00000100.”
- 5. Quando necessário a Dental Uni autoriza até quatro radiografias para diagnóstico a cada seis meses. Caso seja necessário um número maior, a solicitação deve ser justificada através do sistema nas observações clínicas.
- 6- É obrigatório a todas as Clínicas e Laboratórios Radiológicos, a inserção de imagens (Rx periapical, rx bite wing, levantamento radiográfico, Rx panorâmioc,Documentação Ortodôntica) , facilitando a equipe técnica e agilizando a comunicação do cirurgião-dentista, beneficiário, laboratórios e a própria Dental Uni.

EXAMES DE LABORATÓRIO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00000410	Teste risco de cárie.	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único	192
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–	464
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–	464
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–	464
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo facial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–	464
84000244	Teste de fluxo salivar.	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único	195
84000252	Teste de PH salivar.	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único	195
PREVENÇÃO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
84000198	Profilaxia: polimento coronário (com jato de bicarbonato e ul- trassom - para maiores de 13 anos).	Indicado para maiores de 13 anos. Profilaxia: polimento coroário, com o uso de ultrassom, remoção de tartaro supragengival, jato de bicarbonato ou pasta profilática.	Não	Hemiarcada	6 Meses	74
84000090	Aplicação tópica de flúor.	Incluso a profilaxia com pasta profilática, taças e escovas - p/ menores de 13 anos.	Não	Boca	6 Meses	202
84000139	Atividade educativa em saúde bucal.	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–	119
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana).	Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–	56
84000171	Controle de cárie incipiente.	Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–	630
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana).	Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–	75

87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–	112
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–	107

OBSERVAÇÃO

1. A profilaxia não é considerada um ato para tratamento periodontal e sim preventivo. Sua indicação não deve substituir o manejo do próprio paciente.
2. Sugerimos a indicação da profilaxia ao final do tratamento, e não no início do tratamento.

ODONTOPEDIATRIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
84000074	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras.	Para Dentes decíduos até 07 anos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.	Não	Dente	Único	109
00000655	Escavação em massa c/ ionomêro de vidro restaurador (por elemento).	Justificativa nas Observações clínicas.	Foto Inicial	Dente	24 Meses	142
00000660	Adequação do meio bucal c/ ionômero de vidro (por elemento).	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Dente	12 Meses	33
00000670	Adequação meio bucal c/ IRM (por elemento).	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Dente	12 Meses	28
81000014	Condicionamento em odontologia.	Apenas para especialistas em Odontopediatria, Odontogeriatria e Pacientes especiais. O procedimento será pago por sessão. Au- torizado para crianças até 07 anos.	Não	–	3 Sessões no Máximo	148
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.	Apenas para Odontopediatras.	Não	Carta de Autorização dos pais anexado para Produção	Único	420
83000020	Coroa de acetato em Dente decíduo.	Dentes anteriores decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial e Final	Dente	Único	349
83000046	Coroa de aço em Dente decíduo.	Molares decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial e Final	Dente	Único	408
83000062	.Coroa de policarbonato em Dente decíduo.	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial e Final	Dente	Único	408
83000089	Exodontia simples de decíduos.	–	Não	Dente	Único	169
83000097	Mantenedor de espaço fixo.	–	–	ASAI	Único	1595
83000100	Mantenedor de espaço removível.	–	–	ASAI	Único	1595

83000127	Pulpotomia em Dente decíduo.	Em Dentes decíduos que estiverem esfoliando deverá ser solicitado o procedimento 83000089 - Exodontia simples de dec' duo.	RX Inicial	Dente	Único	252
83000135	Restauração atraumática em decíduo.	Somente para pacientes com Dentes deciduos.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses	309
83000151	Tratamento endodôntico em decíduos.	Em Dentes decíduos que estiverem esfoliando deverá ser solicitado o procedimento 83000089 - Exodontia simples de dec' duo.	RX Inicial	Dente	Único	442
84000031	Aplicação de carióstático.	Idade máxima 06 anos. Justificativa nas Observações Clínicas.	Não	ASAI	Único	129
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva.	Para Dentes decíduos até 07 anos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.	Não	Dente	Único	103
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado (Odontopedi- atria e até 12 anos).	Não remunerado com os atos 84000201 - Remineralização, 840000090 - Aplicação Topica de Flúor e 85300012 - Dessensibilização Dentária. Até 12 anos. Justificativa nas observações clínicas	Foto Inicial	Dente	12 Meses	153
84000201	Remineralização.	Será autorizado até 12 anos quando comprovado processo de desmineralização em estágio inicial (lesão branca). Não pode ser remunerado com a 85300012 - Dessensibilização Dentária, 840000090 - Aplicação Topica de Flúor e 84000112 - Aplicação tópica de verniz fluoretado.	Foto Inicial	Dente	12 Meses	94
85100080	Restauração atraumática em Dente permanente.	Somente para pacientes até 15 anos. Acima desta idade justificar.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses	273
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses	130
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses	192
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses	260
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses	260
85100234	Tratamento de fluorose - microabrasão.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Dente	Único	150
85200042	Pulpotomia.	Não autorizado para Dentes permanentes.	RX Inicial	Dente	Único	217
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais.	Apenas para especialistas em Odontopediatria, Odontogeriatria e Pacientes especiais.	Não	-	-	148

87000040	Coroa de acetato em Dente permanente.	Dentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial e Final	Dente	Único	344
87000059	Coroa de aço em Dente permanente.	Dentes posteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial e Final	Dente	Único	334
87000067	Coroa de polycarbonato em Dente permanente.	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial e Final	Dente	Único	318
87000148	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	Apenas para Odontopediatras.	Não	Carta de Autorização dos pais anexado para Produção	Único	420

OBSERVAÇÕES:

Dental uni não solicita a comprovação de exodontia de decíduos,por imagens, mas se o dentista ou laboratório radiológico, anexar imagens e ficar comprovado que o dente está ausente será feita - Glosa 1433 –Procedimento não Autorizado dentes ausentes - sem diretito a recurso de glosa.

DENTÍSTICA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85100021	Clareamento dentário caseiro.	–	–	Boca	–	2127
85100030	Clareamento dentário de consultório.	–	–	Boca	–	865
85100031	Clareamento a laser.	–	–	Boca	–	5670
85100032	Complemento de clareamento a laser - por sessão.	–	–	Boca	–	1895
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável.	Somente para Dentes anteriores. Não está indicado para finalidade estética.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses	395
85100072	Placa de acetato para clareamento caseiro.	Justificativa Clínica.	Foto Final	Boca	24 Meses	147
85100099	Restauração amálgama 1 face.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses	139
85100102	Restauração amálgama 2 faces.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses	193
85100110	Restauração amálgama 3 faces.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses	254
85100129	Restauração amálgama 4 faces.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses	263
85100170	Restauração em resina (indireta) - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/ Foto Final	Dente	60 Meses	2449

85100188	Restauração em resina (indireta) - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/ Foto Final	Dente	60 Meses	2449
85100196	Restauração resina fotopolimerizável 1 face.	–	Foto Inicial	Dente	24 Meses	139
85100200	Restauração resina fotopolimerizável 2 faces.	–	Foto Inicial	Dente	24 Meses	193
85100218	Restauração resina fotopolimerizável 3 faces.	–	Foto Inicial	Dente	24 Meses	253
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante.	Restauração definitiva deve ser solicitada após período de 45 dias.	RX Inicial	Dente	45 Dias	94
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo.	Justificativa Clínica.	–	Dente	–	175
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo.	Justificativa Clínica.	–	Dente	–	138
85400262	Pino pré-fabricado.	Não é autorizado com procedimento restaurador direto.	RX Inicial	Dente	–	280

CRITÉRIOS

1. Já estão inclusas nas restaurações os valores correspondentes a forramento, polimento e ajuste oclusal. Nas restaurações de 3 faces em dentes anteriores , as faces de acesso (lingual, palatal ou vestibular) não serão consideradas, será realizada a adequação de faces.
2. Os procedimentos 85400211 - Núcleo de preenchimento e 85400262 – Pino pré-fabricado não são autorizados com procedimento restaurador direto (restauração de resina, amálgama e ionômero).
3. Para elementos dentários com pouco tecido de suporte deve-se indicar procedimentos indiretos (próteses). Procedimentos restauradores diretos em dentes com indicação protética são passíveis de glosa.
4. A Dental Uni pode solicitar fotos finais de restaurações, em casos de divergências clínicas, para comprovação de procedimentos , em recursos de glosa.
5. O padrão ideal para as fotos de Dentes anteriores: uso de abridor e espelho posicionado na palatina, para visualização tanto da face vestibular e Palatina. Para restaurações com envolvimento vestibular, palatal, lingual e face oclusal (O, OVL, OL, OP, P, L, V) é necessário foto inicial.
6. As restaurações solicitadas serão reembolsadas pela Dental UNi mediante a visualização da face solicitada. Quando anexar as fotos o Cirurgião-Dentista deve verificar se nas fotos, realmente podem ser visualizadas as faces solicitadas, caso isso não ocorra pode haver glosas.
7. As guias de Dentística que não precisarem de autorização prévia (que não ficaram no status levantamento inicial), serão analisadas na Produção.

ENDODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85200018	Clareamento de Dente desvitalizado.	Quantidade de sessões necessárias para clareamento estão inclusos no procedimento.	RX e Foto Inicial	Dente	–	715
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal (por conduto).	Incluso no Retratoamento.	RX Inicial/Final	Dente	–	482
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico.	Incluso no Retratoamento.	–	–	–	260
85200093	Retratoamento endodôntico birradicular.	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único	1207

85200107	Retratamento endodôntico multirradicular.	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único	1819
85200110	Instrumentação mecanizada.	Será aurtorizada junto com solicitação de Endodontia ou retratamento.	RX Inicial/Final	Dente	–	235
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular.	–	RX Inicial/Final	Dente	Único	814
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica.	Comprovar radiograficamente a perfuração. Colocar o material utilizado nas Observações Clínicas do sitema da Dental Uni.	RX Inicial/Final	Dente	Único	409
85200131	Tratamento endodôntico de Dente com rizogênese incompleta.	Indicação endodôntica e ápice aberto. Necessita envio da imagem radiográfica inicial e final.	RX Inicial/Final	Dente	Único	145
85200140	Tratamento endodôntico birradicular.	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único	848
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular.	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único	1234
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular.	–	RX Inicial/Final	Dente	Único	600

CRITÉRIOS

1. Antes de realizar o procedimento de Endodontia deverá ser analisada a condição periodontal e restauradora e a sua manutenção, isto porque Dentes com prognóstico duvidoso poderão ter seu pagamento glosado. Exceções serão analisadas pelo Departamento Clínico da Dental Uni. O profissional já deve indicar no sistema, no campo Observações Clínicas, o Periodontista e Protesista (em caso de reabilitação protética) que irão acompanhar o caso. Caso opte pela Endodontia, este elemento deverá manter-se na cavidade bucal por um período mínimo de vinte e quatro meses. As Endodontias são analisadas na Produção (Rx inicial e Final), as radiografias de Odontometria não serão aceitas como RX inicial. RX final da Endodontia deve estar com os cones cortados.
2. Nos valores das Endodontias já estão inclusas despesas de material, isolamentos e trocas de medicação (se necessário). As Trocas de hidróxido de cálcio são ato contínuo ao tratamento ou retratamento endodôntico e não podem ser cobradas da cooperativa ou do beneficiário.
3. As endodontias deverão seguir os padrões da literatura de odontometria, obturação e selamento hermético de canais radiculares, do contrário, os procedimentos poderão ser glosados: Sobreobturação de cone de guta percha, evidência de perfuração endodôntica, presença de instrumento fraturado, Suporte ósseo inferior a 2/3 da raiz (Prognóstico Duvidoso), Falhas de obturação (Falhas na condensação lateral e pouca ampliação dos canais).
4. No Retratamento Endodôntico é necessário a melhoria da obturação - ampliação do conduto; deve ser removido o instrumento fraturado ou ultrapassá-lo. Caso não seja observada a melhora no Retratamento, pode ser solicitado RX intermediário para constatar a remoção do material obturador.

PERIODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apice- tomia para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	694
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apice- tomia para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	667

82000212	Aumento de coroa clínica.	Invasão do espaço biológico pela cárie ou fratura. Procedimento não poderá ser solicitado junto com Cirurgia periodontal a retalho (82000417), e Cirurgia odontológica a retalho (82000336), gengivectomia (820000921) e Gengivoplastia (82000948).	RX Inicial e Final	Dente	12 Meses	423
82000336	Cirurgia odontológica a retalho.	Pacientes maiores de 15 anos. Ver critérios.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico	Segmento	12 Meses	429
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos.	–	–	–		2956
82000417	Cirurgia periodontal a retalho.	Indicação para bolsas periodontais acima de 5 mm. Indicado para maiores de 15 anos. Ver critérios.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico	Segmento	12 Meses	434
82000557	Cunha proximal.	Autorizado somente para terceiros molares. Incluso não ato de Exodontia/cirurgia.	Foto Inicial	Dente	Único	362
82000646	Enxerto conjuntio subepitelial.	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora) .	Foto Inicial e Final	Segmento	Único	1665
82000662	Enxerto gengival livre.	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).	Foto Inicial e Final	Segmento	Único	1666
82000689	Enxerto pediculado.	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).	Foto Inicial e Final	Segmento	Único	1665
82000690	Cirurgia de enxerto com osso homólogo (banco de ossos) - ato cirúrgico.	–	–	–	–	6438
82000921	Gengivectomia.	Autorizada na presença de tratamento endodôntico, restaurador ou protético.	Foto Inicial	Segmento	12 Meses	297
82000948	Gengivoplastia.	–	Foto Inicial e Final	Segmento	12 Meses	297
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno.	–	–	–	–	6438
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo.	–	–	–	–	6438
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.	–	–	–	–	6438
82001464	Sepultamento radicular.	Justificativa.	RX Inicial	Dente	Único	453
82001669	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno.	–	–	–	–	4984
82001685	Tunelização.	Indicação de perda óssea (mais de 50%) e furca graus II e III.	RX Inicial	Dente	12 Meses	2335
85300012	Dessensibilização dentária.	Autorizado para maiores de 15 anos, justificativa nas Observações clínicas para a Produção.	Foto Inicial	Dente	12 Meses	19

85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular.	85300039 - Raspagem subgengival necessita de preenchimento do periograma (formulário disponível no site – menu Plano de Tratamento) que deve ser anexado. Está incluso a Profilaxia (84000198) Cirurgia periodontal a retalho (82000417), e Cirurgia odontológica a retalho (82000336). Indicado para maiores de 15 anos.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico	Hemiarcada	6 Meses	84
85300047	Raspagem supragengival.	Incluso na Profilaxia.		Hemiarcada		72
85300071	Tratamento e gengivite necrosante aguda.	Inclusos a Profilaxia ou Raspagem sub-gengival.	Foto Inicial	Boca	12 Meses	1113
85400270	Placa oclusal resiliente.	Justificativa para a solicitação.	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único	1539

CRITÉRIOS

1. Inclusos à Cirurgia periodontal a reatallo: 84000198 – Profilaxia; 85300047 – Raspagem supragengival, 85300039 – Raspagem subgengival, 82000921 – Gengivectomia, 82000948 – Gengivoplastia, 82000212 - Aumento de coroa clínica sepultamento radicular (82001464), .Cirurgia odontológica a retalho (82000336).

2. Os códigos 82000662 - Enxerto gengival livre, 82000689 - Enxerto pediculado e 00000293 - Enxerto gengival livre não podem ser solicitados com Cirurgia periodontal a retalho (82000417), Cirurgia odontológica a retalho (82000336), gengivectomia (820000921) e gengivoplastia (82000948) e aumento de coroa clínica (82000212).

PRÓTESE DENTAL						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00004141	Coroa elemento metalocerâmica	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	6497
00004170	Coroa 3/4.	–	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	1125
00004170	Coroa 4/5.	–	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	1125
00004270	Encaixe macho/fêmea.	–	–	–	–	625
00004301	Prótese total personalizada.	–	–	–	–	7139
00004360	Jig ou front plato.	–	–	–	Único	238
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular.	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de trabalho protético.	RX Inicial	Dente	–	260
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único	500
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único	472

85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único	500
85400068	Conserto em prótesetotal (exclusivamente em consultório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único	472
85400076	Coroa provisória com pino.	Ver critérios.	RX Inicial e Foto Final	Dente	36 Meses	332
85400084	Coroa provisória sem pino.	Ver critérios.	RX Inicial e Foto Final	Dente	36 Meses	332
85400092	Coroa total acrílica prensada.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	1738
85400106	Coroa total em cerâmica pura.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	5678
85400114	Coroa total em cerômero.	Autorizado para Dentes anteriores de canino a canino perma- nentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	1579
85400149	Coroa total metálica.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) per- manentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	1109
85400157	Coroa total metalocerâmica.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	3866
85400165	Coroa total metaloplástica – cerômero.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	2044
85400173	Coroa total metaloplástica – resina acrílica.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	2044
85400181	Faceta em cerâmica pura.	Indicado para Dentes anteriores.	Foto Inicial e Final	Dente	60 Meses	5060
85400190	Faceta em cerômero.	Indicado para Dentes anteriores.	Foto Inicial e Final	Dente	60 Meses	1826
85400203	Guia cirúrgico para prótese total imediata.	–	–			7395
85400211	Núcleo de preenchimento.	Autorizado somente para Inlay/Onlay.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	284
85400220	Núcleo metálico fundido.	Ver critérios.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	727
85400238	Onlay de resina indireta.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	2170
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória).	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	36 Meses	2073
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	6964
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metaloplástica.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	3445

85400335	Prótese parcial fixa em metalocerâmica.	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses	3933
85400343	Prótese parcial fixa em metaloplástica.	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	2044
85400351	Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free).	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	8884
85400360	Prótese parcial fixa provisória.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	3809
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semiprecisão.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	RX Panorâmico/ foto final da PPR adaptada na boca	AS / AI	60 Meses	5859
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	RX Panorâmico/ foto final da PPR adaptada na boca	AS / AI	60 Meses	5057
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	RX Panorâmico/ foto final da PPR adaptada na boca	AS / AI	60 Meses	2015
85400408	Prótese total.	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	Foto Inicial e Final	AS / AI	60 Meses	4171
85400416	Prótese total imediata.	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	Foto Inicial e Final	AS / AI	60 Meses	3368
85400424	Prótese total incolor.	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	Foto Inicial e Final	AS / AI	60 Meses	3718
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório).	–	–	–	–	804
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório).	–	–	–	–	1523
85400505	Remoção de trabalho protético.	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de núcleo intrarradicular.	RX Inicial	Dente	–	170
85400513	Restauração em cerâmica pura - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 03 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	4165
85400521	Restauração em cerâmica pura - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	3649

85400530	Restauração em cerômero - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	2174
85400548	Restauração em cerômero - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	1783
85400556	Restauração metálica fundida.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 03 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses	1046

CRITÉRIOS

- 1. Os procedimentos 85400076 – Coroa provisória com pino e 85400084 – Coroa provisória sem pino são destinados à proteção do remanescente dentário e estruturas de suporte durante as etapas de preparo da prótese final. A coroa provisória é considerada uma etapa da confecção de uma prótese fixa.
- 2. Não serão autorizados os atos 85400076 – Coroa provisória com pino ou 85400084 – Coroa provisória sem pino como provisório de prótese sobre implante ou pânticos.
- 3. O procedimento 85400220 - Núcleo metálico fundido é autorizado somente para Dentes com tratamento endodôntico prévio satisfatório e com bom prognóstico. O procedimento final 85400220 -Núcleo metálico fundido deve apresentar os requisitos funcionais de implantação (2/3 do comprimento da raiz), em conformidade com as áreas de periodontia e endodontia conforme técnicas preconizadas na literatura.
- 4. Nos valores dos procedimentos já estão inclusas as despesas protéticas (despesas de laboratório).
- 5. É importante e de responsabilidade técnica do profissional executante a análise da necessidade e condição dentária e gengival do beneficiário para receber procedimentos protéticos.

Alguns outros pontos que devem ser analisados:

- Inclinação dos Dentes pilares
 - Lesão apical nos Dentes pilares ou Dente que irá receber a prótese
 - Suporte ósseo dos Dentes pilares inferior a 50%
 - Perfuração endodôntica
 - Espaços protéticos amplos ou inadequados
 - Tratamento endodôntico inadequado/ insatisfatório
 - Indicação protética inadequada
6. A análise técnica levará em consideração, para pagamento das coroas totais e restaurações indiretas o preparo do Dente, presença de ponto de contato.
7. Nos procedimentos 85400408 – Prótese Total, 85400424 - Prótese total incolor e 85400416 - Prótese total imediata já está incluído o procedimento 00004251 – Colocação de Dentes em prótese(total ou parcial), caso estejam na cobertura do contrato.
8. O ato 00004141 - Coroa elemento metalocerâmico é um procedimento complementar e para sua realização já estão inclusos os atos 00004320 - Casquete moldagem, 85400335 - Prótese parcial fixa em matalocerâmica, 85400475 - Reembasamento e reprepato coroa provisória e 85400092 - Coroa total acrílica prensada(temporária).

CIRURGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO

82000875	Exodontia simples de permanente.	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Au- torização do paciente para as solicitações de exodontias.	Não	Dente	Única	212
00005015	Exodontia simples de supranumerário.	–	RX Inicial	Segmento	Única	135
00005181	Remoção de Dentes supranumerários (inclusos ou impactados).	–	RX Inicial	Segmento	Único	647
00005450	Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ prog- natismo.	–	–		–	30220
00005455	Artroplastia de ATM.	–	–	–	–	30220
00005460	Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ micrognatismo.	–	–	–	–	30220
00005470	Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ laterognatismo.	–	–	–	–	30220
00005475	Mentoplastia	–	–	–	–	30220
00005480	Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort I	–	–	–	–	30220
00005490	Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort II	–	–	–	–	36146
00005500	Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort III	–	–	–	–	46857
00005530	Sulcoplastia p/arcada c/remoção de hiperplasia / re- construção sulco gengivolabial	–	–	–	–	859
00005830	Correção de brida muscular	–	–	–	–	320
00005840	Alveolotomia (por Hemiarcada).	Incluso na Exodontia/cirurgia.	–	–	–	311
00005850	Cirurgia para correção de tuberosidade.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	AS / AI	Único	501
00005870	Curetagem apical (cirurgia de granuloma e cisto).	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de apicetomia, Exodontia, ou cirurgias de Terceiros molares para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	337
82000034	Alveoloplastia.	Incluso no procedimento de Exodontia/cirurgia.	–	–	–	332
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	820
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	703

82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de cure- tagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	1076
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	894
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de cure- tagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	673
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de cure- tagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único	610
82000190	Aprofundamento / aumento de vestibulo.	Procedimento pré-protético.	RX Inicial	AS / AI		394
82000239	Biópsia de Boca.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	326
82000247	Biópsia de glândula salivar.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	326
82000255	Biópsia de lábio.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	326
82000263	Biópsia de língua.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	326
82000271	Biópsia de mandíbula.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	326
82000280	Biópsia de maxila.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	326
82000298	Bridectomia.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	288
82000301	Bridotomia.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	288
82000352	Cirurgia para exostose maxilar.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	436
82000360	Cirurgia para tórus mandibular - bilateral.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	AS / AI	Único	786
82000387	Cirurgia para tórus mandibular - unilateral.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	AS / AI	Único	446
82000395	Cirurgia para tórus palatino.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	436
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico)	Boca	Único	320
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua.	–	–	–	–	6145
82000603	Enxerto com osso autógeno do mento.	–	–	–	–	6145

82000743	Exérese de lipoma na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	AS / AI	Único	320
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar.	Informar a região.	Foto Inicial	AS / AI	Único	373
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	Dente	Único	654
82000794	Exérese ou excisão de mucoccele.	Informar a região.	Foto Inicial	AS / AI	Único	489
82000808	Exérese ou excisão de rânula.	Informar a região.	Foto Inicial	AS / AI	Único	592
82000816	Exodontia a retalho.	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	Não	Dente	Única	225
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética.	Anexar carta do Ortodontista.	Não	Dente	Única	204
82000859	Exodontia de raiz residual.	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	Não	Dente	Única	211
82000883	Frenulectomia labial.	Justificativa Clínica.	Segmento	Segmento	Único	453
82000891	Frenulectomia lingual.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	288
82000905	Frenulotomia labial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	426
82000913	Frenulotomia lingual.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único	288
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico)	Boca	–	320
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial.	–	–	–	–	331
82001154	Reconstrução sulco gengivolabial.	Procedimento pré-protético.	RX Inicial	AS / AI		394
82001170	Redução cruenta de fraturas alveolodentárias.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	AS / AI	Único	853
82001189	Redução incruenta de fraturas alveolodentárias.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	AS / AI	Único	423
82001219	Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio bucomaxilofacial.	–	–	–	–	557
82001286	Remoção de Dentes inclusos/impactados.	–	RX Panorâmico	Dente	Único	897
82001294	Remoção de Dentes semi-inclusos/impactados.	–	RX Panorâmico	Dente	Único	566
82001367	Remoção de odontoma.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Segmento	Único	429
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal.	Justificativa Clínica.	RX Inicial e Final	Dente	Único	788

82001413	Retirada de corpo estranho sub-cutâneo ou sub-mucoso região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial e Final	AS / AI	–	788
82001430	Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial.	–	–	–	–	2955
82001448	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia.	–	–	–	–	1486
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.	Justificativa Clínica	RX Inicial	Segmento	Único	2600
82001510	Tratamento cirúrgico de fístula buconasais.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	AS / AI	Único	1097
82001529	Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusais.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	AS / AI	Único	1097
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco- maxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Hemiarcada		305
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos moles da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	447
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Boca	Único	664
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Boca	Único	704
82001618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único	447
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	AS / AI	Único	780
82001707	Ulectomia.	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertofia muco- gengival. Não remunerado com 82001715.	Foto Inicial	Dente	Único	195
82001715	Ulotomia.	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia gengival. Não remunerado com 82001707.	Foto Inicial	Dente	Único	145
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	–	–	–	–	1486

CRITÉRIOS

1. Para a cobrança do laudo laboratorial, solicitar o código 81000138 – Diagnóstico anatomopatológico de biópsia da região bucomaxilofacial. Para os procedimentos acima serem reembolsados, anexar laudo laboratorial (anatomopatológico) através do aplicativo, para análise na Produção.
2. Os procedimentos 82000786 – Exérese ou excisão de cistos, 82001510 - Tratamento cirúrgico de fístula buconasal e 82001529 – Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais possuem sua cobertura prevista no Rol de procedimentos desde que a extensão da lesão permita a realização em ambiente ambulatorial.

ORTODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
86000098	Aparelho ortodôntico fixo metálico.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	453
86000144	Arco lingual.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	918
86000152	Barra traspalatina fixa	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	918
86000160	Barra traspalatina removível.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	798
86000187	Bloco germinado de Clarck - Twinblock.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	279
86000195	Botão de Nance.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	918
86000209	Contenção fixa - por arcada.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	794
86000250	Distalizador de Hilgers.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	160
86000306	Gianelly.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	386
86000314	Grade palatina fixa.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	918
86000322	Grade palatina removível.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	798
86000330	Herpst encapsulado.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	1652
86000462	Placa de hawley.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	1380
86000470	Placa de hawley com torno expensor.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	1361
86000535	Placa lábio ativa.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	918
86000560	Quadrielice.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–	798
TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00008500	Aparelho ortopédico funcional.	–	–	–	–	1691
00008510	Manutenção aparelho ortopédico funcional.	–	–	–	–	761
00008520	Tratamento ortopédico funcional (36 meses).	–	–	–	–	728
00008530	Monitoramento ortopédico funcional.	–	–	–	–	464
00008540	Pista direta plana.	–	–	–	–	2019
00008550	Conserto aparelho ortopédico funcional.	–	–	–	–	862
00008560	Montagem em gnatostato (modelo de estudo - par montado em gnatostato).	–	–	–	–	684

86000551	Plano inclinado.	–	–	–	–	1265
DTM						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85400246	Órtese miorrelaxante.	Justificativa clínica para solicitação	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único	1448
85400254	Órtese reposicionadora.	Justificativa clínica para solicitação	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único	1448
86000595	Artroscopia de ATM.	Sessão.	–	–	–	3498
86000596	Dispositivo reposicionador.	–	–	–	–	2390
86000597	Dispositivo descompressor.	–	–	–	–	2390
86000598	Infiltração anestésica.	Sessão.	–	–	–	2390
86000599	Infiltração medicamentosa.	Sessão.	–	–	–	2390
86000600	Eletromiografia.	Sessão.	–	–	–	2332
86000601	Manutenção de dispositivo interoclusal.	–	–	–	–	479
86000602	Tratamento de DTM - acupuntura - sessão.	–	–	–	–	479
IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00003145	Supervisão cirúrgica de implante.	–	–	–	–	358
00003300	Reabilitação unitária com implante.	Estão incluídas desde a fase cirúrgica até a protética, exceto o valor do cilindro, que poderá ser cobrado diretamente do beneficiário.	–	–	–	14086
00004189	Cicatrizador (paralelo ou divergente).	–	–	–	–	487
00004190	Intermediário protético cônico (para implantes).	–	–	–	–	2058
00004191	Intermediário protético cônico angulado.	–	–	–	–	2285
00004192	Intermediário (munhão) standard sobre implante.	Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	–	–	–	1830
00004193	Análogo ou réplica do implante nacional.	Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	–	–	–	452
00004194	Transfer moldeira fechada ou aberta.	–	–	–	–	929
00004195	Parafuso de cobertura.	–	–	–	–	179
00004196	Parafuso de trabalho assentamento passivo.	–	–	–	–	290

4197	Parafuso para enxerto.	–	–	–	–	588
4198	Parafuso sextavado.	–	–	–	–	283
4199	Parafuso sextavado (II plus ou similar).	–	–	–	–	293
5001	Parafuso sextavado (II plus neotorque ou similar).	–	–	–	–	472
5002	Paralelizador.	–	–	–	–	521
5003	Ucla calcinável.	–	–	–	–	290
5004	Ucla em cromo e cobalto.	–	–	–	–	1009
5005	Ucla em titânio.	–	–	–	–	737
5006	Coroa provisória sobre implante.	–	–	–	–	1674
82000964	Implante ortodôntico (mini-implante ortodôntico para ancoragem).	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	–	–	–	1286
82000980	Implante ósseo integrado - ato cirúrgico.	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	–	–	–	4709
82001138	Reabertura - colocação de cicatrizador(ato cirúrgico).	Colocação de cicatrizador é para o ato cirúrgico. Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	–	–	–	598
85400122	Coroa total livre de metal(metalfree) sobre implante - cerâmica.	–	–	–	–	8410
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free).	–	–	–	–	2802
85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata.	–	–	–	–	2008
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante.	–	–	–	–	6973
85500062	Guia cirúrgico para implante.	–	–	–	Único	2581
85500089	Manutenção de prótese sobre implantes.	–	–	–		1211
85500097	Overdenture barra clipe ou o’ring sobre dois implantes.	Já está prevista a cobertura da prótese total, contemplando os intermediários.	–	–	–	19913
85500143	Protocolo Branemark em carga imediata para 4 implantes - parte protética.	–	–	–	–	33471
85500151	Protocolo Branemark em carga imediata para 5 implantes - parte protética.	–	–	–	–	48660

85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes - parte protética.	–	–	–	–	32655
85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes - parte protética.	–	–	–	–	32655
85500186	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes.	–	–	–	–	16752
85500194	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes.	–	–	–	–	19171
ORTOUNIPLAN A						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00006220	Contenção móvel (superior ou inferior) ou aparelhos móveis simples.	Em casos cobertos, já incluso nas manutenções.	–	–	–	2100
00006225	Tratamento ortodôntico parcial.	Instalação de aparelho parciais.	–	–	–	3427
00006226	Manutenção tratamento ortodôntico parcial.	–	–	–	–	447
00006229	Manutenção ortodôntica.	–	–	–	–	795
00006231	Tratamento ortodôntico corretivo I.	–	–	–	–	5738
00006236	Tratamento ortodôntico corretivo II.	–	–	–	–	7786
00006239	Dispositivos auxiliares.	Utilização de aparelhos auxiliares em tratamentos ortodonticos.	–	–	–	3257
00006245	Conserto de aparelho móvel.	–	–	–	–	1577
00006257	Reposição braquetes ou bandas.	–	–	–	–	96
00006258	Esplintagem com braquetes ortodônticos.	–	–	–	–	2087
00006288	Contenção anteroinferior 3x3.	Em caso de cobertura, está incluso na última manutenção	–	–	–	825
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	–	–	–	–	576
86000373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho móvel.	–	–	–	–	359
ORTOUNIPLAN B						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00008312	12 meses.	–	–	–	–	2057
00008318	18 meses.	–	–	–	–	1372

00008324	24 meses.	–	–	–	–	1029
00008336	36 meses.	–	–	–	–	685
ORTOUNIPLAN E						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00006150	Ortouniplan E.	Tratamento coberto, 36 parcelas.	–	–	–	576
ORTOUNIPLAN						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
00007300	Documentação ortodôntica – 1 radiografia panorâmica, 1 tel-erradiografia, 1 traçado cefalométrico, 2 fotos (frente e perfil), modelo de estudo superior e inferior.	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único	562
00007310	Manutenção ortodôntica - Ortouniplan.	Pacote de 36 parcelas, todo tratamento incluso, inclusive contenção posterior.	–	–	–	576